



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1798 - DETECCIÓN PRECOZ DE MIASTENIA GRAVIS

E. Barbero Rodríguez^a, M. Sierras Jiménez^b, T. Vasco Roa^c, S. Moreno Carrasco^b, S.F. Morales Rincón^d, M.C. Vargas Corzo^a y L. Escamilla Ramos^e

^aMédico Residente 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte.

^cMédico de Familia. Centro de Salud de Cazorla. Jaén. ^dMédico Residente 4^o año de Medicina Familiar y

Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^eMédico Residente 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 60 años, mujer, con antecedentes personales de hipercolesterolemia, exfumadora, que consulta por debilidad generalizada, acentuada a nivel mandibular y de cintura escapular, que limita la elevación de los brazos, con fatiga al caminar. También aparece dificultad para masticación y deglución con episodios de atragantamiento, en el día previo a la consulta se atragantó con un grano de arroz, refiere que ha notado cambios en el tono de la voz. De forma paralela presenta visión doble en el plano horizontal, así como ptosis bilateral. Los síntomas empeoran conforme progresa el día. Desde esta mañana comenzó con disnea. Se decide remitir a la paciente a urgencias para ser valorada por Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada en tiempo y espacio. Normo hidratada y normo perfundida. Exploración neurológica normal, sin diplopía y con leve limitación del VI par. Ptosis bilateral. ROTs hipoactivos. Sensibilidad superficial conservada. Arterias temporales no induradas ni dolorosas a la palpación con pulsos presentes. En urgencias realizan las siguientes pruebas complementarias. Analítica: hemograma, bioquímica, orina, gasometría sin hallazgos de interés. TAC cráneo. No existen imágenes sugerentes de lesiones isquémicas. Lesión extraaxial parietal izquierda calcificada, de 14x6 mm sugerente de meningioma. Hormonas tiroideas: Sin alteración. Test ténsilon positivo. Anticuerpos antireceptor de acetilcolina positivos. EMG disminución en la amplitud de los potenciales. Espirometría: patrón restrictivo leve. Compatible con miastenia gravis.

Juicio clínico: Miastenia gravis IIB.

Diagnóstico diferencial: Polimialgia reumática. Síndrome de Lambert-Eaton. Neuroastenia. Lesiones intracraneales ocupantes de espacio. Botulismo.

Comentario final: La miastenia gravis es una enfermedad poco frecuente, pero fácilmente identificable en Atención Primaria mediante su clínica, por ello es preciso conocer bien su sintomatología para hacer un diagnóstico precoz. Además en los casos generalizados hay que descartar afectación de la musculatura respiratoria, en cuyo caso requerirá derivación urgente del

paciente para atención especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. SemFYC; 2011. Sociedad Española de Neurología. Trastornos de la Unión Neuromuscular.
2. SEN: Sociedad española de Neurología [Internet]. Madrid. SEN; [29 enero 2014; 15 agosto 2015] Guías y protocolos. Disponible en: <http://www.sen.es/profesional/guias-y-protocolos>